

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

194

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 février 1899, à 1 heure

Par PELISSE (CAMILLE)

Né à Paris, le 49 mars 1869
Ancien interne des hôpitaux.

LES RÉCIDIVES

DANS

LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

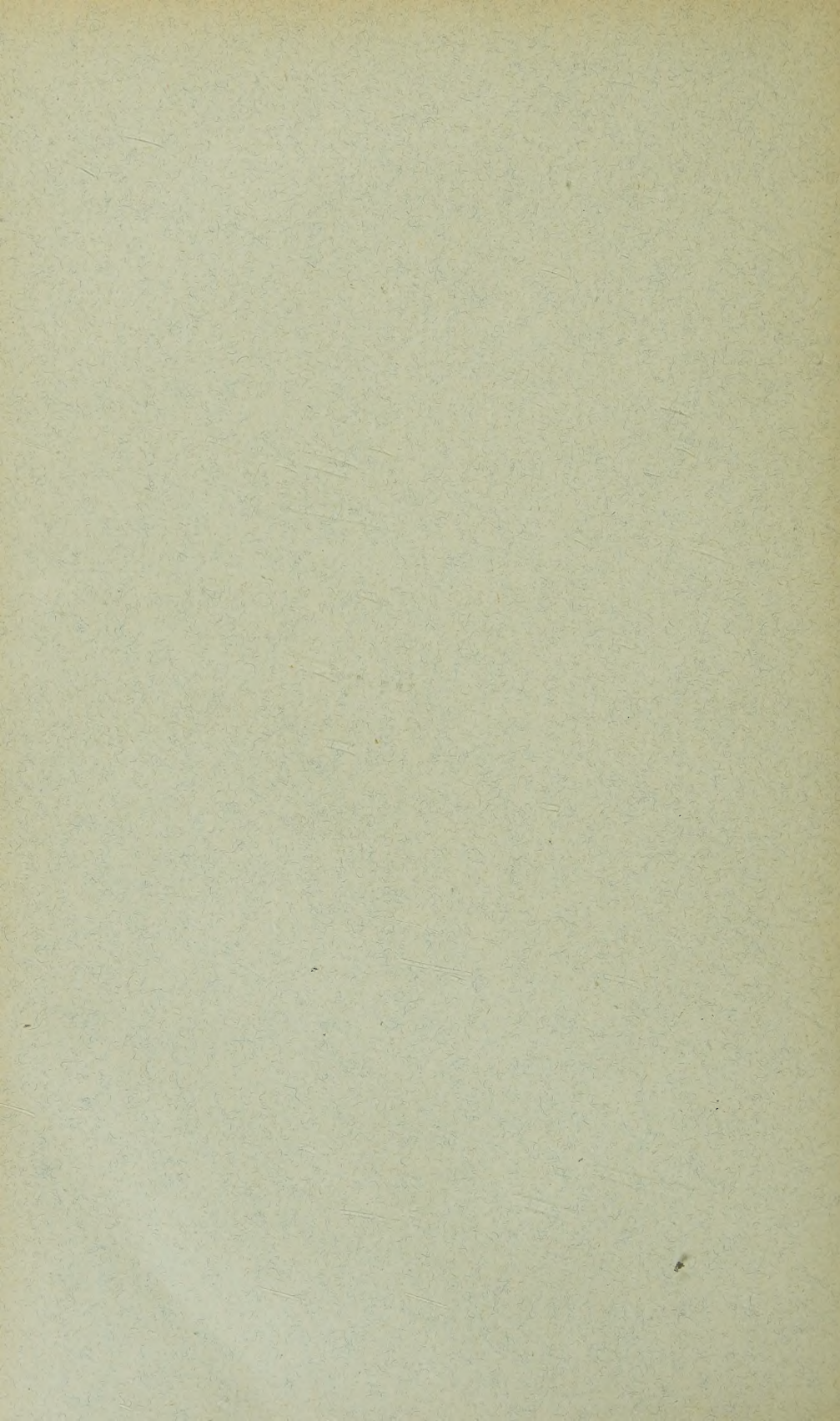
GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*
MAUCLAIRE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899



Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 février 1899, à 1 heure

Par PELISSE (CAMILLE)

Né à Paris, le 19 mars 1869

Ancien interne des hôpitaux.

LES RÉCIDIVES

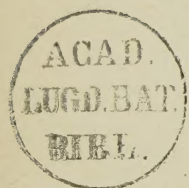
DANS

LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE, } *agrégés.*
MAUCLAIRE,



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N...
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

MÉDECIN DE L'ASILE SAINTE-ANNE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'internat à l'hôpital Ricord, dans le service de notre maître, M. le Dr Humbert, nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter plusieurs malades présentant des récidives de rhumatisme blennorrhagique.

De nombreuses observations sur ce sujet ont été publiées à la Société de Dermatologie ; on a même décrit (Fournier, Amaral) une forme spéciale de rhumatisme blennorrhagique qui est l'aboutissant de récidives nombreuses et répétées et que les auteurs ont désignée sous le nom de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse.

Il nous a paru intéressant de réunir et de grouper tous ces faits et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis auparavant de remercier du fond du cœur nos différents maîtres dans les hôpitaux pour les patientes et savantes leçons qu'ils nous ont données, pour les principes qu'ils nous ont inculqués et que nous devons maintenant chercher à mettre en pratique.

C'est chez M. Aud'houi que nous avons fait notre première année d'externat ; qu'il nous soit permis de lui dire que l'époque si lointaine du début de notre carrière n'a point affaibli l'affection que nous éprouvions pour lui.

M. le Dr Landrieux a été non seulement pour nous un

maître éminent, mais encore un véritable ami. Il a bien voulu à plusieurs reprises dans des circonstances malheureusement pénibles et douloureuses, nous donner des preuves de cette amitié ; nous lui en exprimons toute notre reconnaissance et regrettons vivement que notre état de santé ne nous ait pas permis d'être son interne.

M. le D^r Lancereaux a bien voulu nous admettre comme externe dans son beau service de l'Hôtel-Dieu ; nous garderons toujours le souvenir des leçons si claires et si pratiques que cet illustre maître nous a données tant en clinique qu'en anatomie pathologique.

C'est chez M. le D^r Schwartz que nous avons fait nos débuts en chirurgie ; nous étions d'autant plus honoré d'être son interne et de travailler sous sa direction que c'est grâce à son intervention que nous devons d'être encore de ce monde. Nous sommes heureux de le lui répéter ici et de lui en exprimer une fois de plus toute notre reconnaissance.

Nous remercions M. le D^r Bourneville de l'année que nous avons passée dans son service à Bicêtre et qui nous a procuré le plaisir de faire connaissance avec un genre d'études tout nouveau pour nous.

Nous ne saurions oublier les remarquables leçons de dermatologie que M. le D^r Tenneson a bien voulu nous enseigner pendant le temps malheureusement trop court où nous avons eu l'honneur d'être son interne à l'hôpital Saint-Louis.

M. le D^r Humbert s'est montré pour nous très bienveillant pendant les quelques mois que nous avons passés avec lui ; nous ne regrettons qu'une chose, c'est de ne pas avoir

pu profiter suffisamment de l'initiative qu'il avait bien voulu nous laisser.

Notre excellent ami Thiroloix a droit à toute notre gratitude pour l'amitié qu'il nous a toujours témoignée. C'est grâce à ses leçons que nous avons pu conquérir le titre d'interne et chaque fois qu'il en a eu l'occasion, il s'est toujours trouvé prêt à nous rendre service. Il a bien voulu nous donner quelques conseils pour notre thèse ; qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements ainsi que notre ami et collègue Kendirdjy, qui s'est mis à notre disposition pour la bibliographie étrangère.

M. le professeur Joffroy a droit à toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

La cause essentielle du rhumatisme blennorrhagique, c'est la blennorrhagie, indispensable au développement de ces accidents et suffisant à elle seule à en déterminer l'explosion.

Les causes habituelles du rhumatisme vulgaire ne jouent ici aucun rôle.

A priori, on pouvait être autorisé à admettre que les sujets rhumatisants devaient, plus que d'autres, être exposés au rhumatisme blennorrhagique, ou bien que les individus affectés d'arthropathies blennorrhagiques devaient souffrir habituellement du rhumatisme.

Or ni l'une ni l'autre de ces inductions théoriques ne trouve sa confirmation au lit du malade, ainsi que l'ont établi plusieurs observateurs. Fournier a pu constater, pour sa part, que plusieurs de ses clients, chez lesquels des arthropathies se reproduisaient presque fatalement avec chaque blennorrhagie nouvelle, étaient indemnes de toute manifestation rhumatismale alors que leur urèthre était sain.

La rareté des affections articulaires chez la femme ne serait que la conséquence, le corollaire, en quelque sorte, de la rareté de l'urétrite.

Fournier déclare également, au point de vue étiologique, que tous les éléments uréthraux ne sont pas susceptibles de se compliquer d'accidents articulaires. Il n'a jamais observé le rhumatisme ni avec l'urétrite inflammatoire ou catarrhale, ni avec l'urétrite herpétique ou dartreuse, ni avec cette variété si commune d'écoulements grisâtres et aqueux, auxquels Diday a donné le nom d'urétrorrhées.

Quatre de ses malades, chez lesquels le rhumatisme se reproduisait comme fatalement après chaque blennorrhagie nouvelle, contractèrent des urétrites plus ou moins intenses qui ne déterminèrent aucun accident vers les jointures.

L'abondance de l'écoulement ne serait pas, quoi qu'en dise Rollet, la condition la plus générale dont dépend plus ou moins directement l'éclosion rhumatismale.

Fournier, à la suite de nombreuses observations personnelles, en est arrivé aux résultats suivants :

1° Dans un certain nombre de cas, il est vrai que le rhumatisme s'est produit à la suite de blennorrhagies intenses, fournissant une abondante suppuration, ou bien de blennorrhées que des causes diverses avaient accidentellement ramenées à la période aiguë.

2° Dans un nombre de cas bien supérieur, l'écoulement qui préludait au rhumatisme n'était que moyen, ne présentant nullement cette acuité, cette abondance que Rollet considère à tort comme « la condition la plus générale dont dépend l'éclosion rhumatismale ».

3° Dans un autre nombre de cas, le suintement était très faible, minime, insignifiant, à ce point que, dans un

cas, il était absolument ignoré du malade, et que ce fut Fournier qui le découvrit.

Ce qui nous explique la fréquence des récidives du rhumatisme blennorrhagique, c'est que la blennorrhagie elle-même est une maladie essentiellement récidivante. Une première atteinte ne confère pas l'immunité, mais semble au contraire prédisposer à de nouvelles atteintes.

Époque d'apparition. — A quelle époque de la blennorrhagie apparaît le rhumatisme blennorrhagique.

Le rhumatisme blennorrhagique fait son invasion à des périodes assez variables de l'écoulement, nous dit Fournier. On l'a vu se développer au 5^e, au 8^e jour, mais en général il n'apparaît qu'à une période plus éloignée.

Il serait intéressant, nous dit Amaral dans sa thèse, chez un malade qui a eu plusieurs blennorrhagies et des rhumatismes successifs, de savoir si ceux-ci ont débuté à des époques différentes ; c'est là un détail qui n'est pas mentionné dans les observations.

Il semble cependant que la précocité des arthropathies par rapport au début de la blennorrhagie s'accroisse avec le nombre des attaques. Un sujet, qui est resté indemne de rhumatisme à une 1^{re} ou à une 2^e blennorrhagie, a-t-il plus de chances qu'un autre de rester indemne de rhumatisme lors d'écoulements ultérieurs.

C'est peu probable, car sur 12 malades observés par Amaral, il a vu que 4 ont été frappés d'arthropathies à leur 1^{re} chaudepisse, 3 à leur seconde, 2 à leur 3^e ; les 3 derniers, au cours d'un écoulement devenu chronique ou à rechute.

Dans nos observations personnelles, nous avons vu

2 malades frappés de rhumatisme à leur première blennorrhagie, 1 à sa seconde.

Tel qui a traversé sans danger une première blennorrhagie de 6 mois prendra, lors d'une deuxième, un rhumatisme au 10^e ou 15^e jour.

En revanche, ce qu'on peut dire, c'est que dans toutes les formes graves du rhumatisme, la récédive, la rechute ou la recrudescence sont la règle à chaque nouvel écoulement.

La date à laquelle apparaît le rhumatisme dans le cours d'une blennorrhagie ne semble pouvoir faire rien présager quant à la forme, la durée et le pronostic de celui-ci.

Quelles sont les articulations le plus souvent intéressées dans le rhumatisme blennorrhagique ou ses récédives ?

Amaral nous dit que les grandes articulations sont d'abord prises, puis les petites. Ceci n'est vrai que pour la main et le pied, car pour les articulations sterno-claviculaires, elles sont rarement respectées par le rhumatisme blennorrhagique.

Sur 12 observations qu'il rapporte, 3 fois seulement les petites articulations ont été prises en premier lieu, c'est-à-dire dans un quart des cas et dans ces cas l'évolution a été bénigne.

Quatre fois les petites articulations furent prises après les grandes.

Dans les 5 autres cas, les grandes articulations ont été seules prises.

Dans nos 3 observations personnelles, 2 fois les petites

articulations furent prises après les grandes et une fois les grandes articulations furent seules atteintes.

Une dernière question reste à se poser au point de vue étiologique, c'est de savoir si la blennorrhagie uréthrale est seule capable de déterminer des manifestations articulaires. De nombreuses observations publiées dans ces dernières années prouvent que toutes les localisations de la blennorrhagie peuvent s'accompagner de rhumatisme.

Cl. Lucas en 1885 a observé des inflammations articulaires chez 4 nouveau-nés atteints de blennorrhée des yeux.

Widmark en 1886 le signale également chez le nouveau-né.

Darier et Morax en 1892 chez des enfants atteints de conjonctivite.

Des observations de rhumatisme gonorrhéique dans la vulvo-vaginite des petites filles ont été publiées par Philpot (1885) et par Hartley (1887).

D'autres cas ont été publiés par Koplik, Cahen-Brach, Ollivier, Béclère, Lop, L. Guinon, Richardière, Marfan et autres.

Dans la thèse de Vanuxcem (1895) on trouve 14 cas de ce genre, 13 où l'arthrite s'était développée à la suite de l'ophtalmie purulente, et une observation personnelle d'arthrite chez un garçon de 4 ans atteint d'arthrite gonorrhéique.

De Lapersonne cite dans sa thèse d'agrégation plusieurs cas typiques de ce genre, notamment un fait de Poncet publié dans les *Archives d'ophtalmologie* (1881) et méritant d'être retenu par son importance et sa netteté.

Ce fait concerne un Arabe de 35 ans, de constitution

robuste, n'ayant jamais eu d'accidents rhumatismaux, qui subit l'inoculation blennorrhagique du côté gauche pour un pannus granuleux.

Les 2 genoux se prennent l'un après l'autre, deviennent très douloureux et sont le siège d'un épanchement abondant. Poncet traite l'ophtalmie purulente, et, à mesure que la sécrétion du pus diminue, voit disparaître les douleurs articulaires.

Deux mois après, le malade revient à l'hôpital, demandant pour l'œil droit le traitement heureux de l'œil gauche ; on fait une nouvelle inoculation blennorrhagique, et 8 jours après se produisent sur le genou du même côté des phénomènes d'arthrite analogues aux précédents. Ils disparurent aussi avec la sécrétion purulente de la conjonctive.

CHAPITRE II

Historique. — Pathogénie.

La coïncidence de manifestations articulaires variées et de la blennorrhagie était connue à la fin du XVIII^e siècle.

Th. Selle et Swediaur se partagent l'honneur d'avoir reconnu la liaison de certaines arthropathies avec la blennorrhagie uréthrale. Par une coïncidence curieuse, ils signalèrent ce fait exactement à la même époque (1781).

Leur découverte ne tarda pas à être confirmée par Hunter (1786) et par un grand nombre d'observateurs, notamment Ricord qui en compléta l'étude symptomatique en décrivant des manifestations abarticulaires.

Mais déjà on recherchait l'interprétation de ces accidents de la chaudepisse.

La discussion célèbre soulevée, à la Société médicale des hôpitaux en 1867 par Peter, et à laquelle Fournier, Féréol, Hervieux, Pidoux, Lorain, Guéneau de Mussy prirent une part si brillante, a divisé l'opinion générale des médecins en autant de parties qu'il y a eu de doctrines différentes produites. Chaque orateur a eu sur ce sujet un sentiment différent ; et on pourrait trouver presque autant d'opinions que de médecins, chacun modifiant, au gré de ses doctrines personnelles, l'un des trois termes de la question que l'on peut résumer ainsi :

1^o Le rhumatisme des blennorrhagiques n'est autre qu'un rhumatisme vrai, excité, causé, modifié si l'on veut dans quelques-unes de ses manifestations par la nature de l'agent provocateur.

2^o Ce rhumatisme n'est pas un rhumatisme, mais un état morbide constitué de toutes pièces par la blennorrhagie, et cette opinion se décompose en un grand nombre d'opinions secondaires.

3^o Le rhumatisme des blennorrhagiques est bien une affection spéciale, mais mixte, tenant à la fois de la blennorrhagie et du rhumatisme, non une association, une combinaison.

Lasègue rapprochait le rhumatisme blennorrhagique des arthrites des maladies infectieuses, l'attribuant à la résorption par le sang du pus uréthral.

Pour Besnier, il existait dans l'urèthre une zone spéciale, zone rhumatogène, dont l'irritation pouvait amener le rhumatisme réflexe, ou au niveau de laquelle pouvait se faire la résorption du pus.

Brandes (de Copenhague) publie un mémoire sur le rhumatisme blennorrhagique en 1854 (traduction dans les *Archives générales de médecine*). Pour lui le signe de la spécificité est la récidive.

Voyons maintenant ce que nous dit le professeur Fournier (article Blennorrhagie, *Dictionnaire de Jaccoud*).

La question de l'existence du rhumatisme blennorrhagique repose sur des considérations très rigoureuses et de la plus haute valeur (Fournier).

1^o La fréquence des affections articulaires coexistant avec la blennorrhagie et ne pouvant s'expliquer par une

simple coïncidence, car on ne voit pas coïncider avec cette affection telle autre qu'il sera loisible de choisir au hasard dans le cadre nosologique.

2° La récidive du rhumatisme dans le cours de blennorrhagies successives établit entre ces deux affections un rapport évident, une connexité réelle qui ne peut s'expliquer par une simple coïncidence. Cela est très démonstratif.

Il est en effet nombre de sujets chez lesquels des fluxions articulaires se produisent à propos de chaque blennorrhagie et seulement à ce propos. Des faits de ce genre ont été signalés par un grand nombre d'auteurs, Hunter, Cooper, Ricord, Brandes, Diday. Ainsi Hunter parle d'un malade qui était pris de douleurs rhumatismales toutes les fois qu'il contractait une gonorrhée.

Brandes relate dans son important mémoire huit cas de récidive, dans l'un desquels un sujet fut atteint six fois de rhumatisme dans le cours de six gonorrhées consécutives.

De même, Fournier trouve dans ses notes 8 cas où le rhumatisme se réveille à propos de chaque blennorrhagie nouvelle, 2 fois sur 5 malades,

3 fois sur 2 —

4 fois sur 1 —

De tels faits ne peuvent être attribués à de simples combinaisons accidentelles d'états pathologiques, mais démontrent, au contraire, jusqu'à l'évidence, l'étroite connexion du rhumatisme avec la blennorrhagie.

3° Le rhumatisme qui accompagne la blennorrhagie n'est pas identique au rhumatisme ordinaire simple.

Là en était la question au moment de la découverte du gonocoque. Le rhumatisme blennorrhagique fut attribué à l'infection blennorrhagique, quoique la preuve n'en ait jamais été donnée d'une manière définitive. Mais, par analogie et par induction, on fut autorisé à rapprocher l'arthrite blennorrhagique des pseudo-rhumatismes infectieux. Bourcy, dont la thèse reproduit sur ce sujet l'enseignement du professeur Bouchard, range le rhumatisme blennorrhagique dans ce groupe.

« Si les rhumatisants, nous dit-il, ne sont pas exposés à une rechute par le fait d'une blennorrhagie, ceux qui souffrent une fois d'arthrite au cours de la blennorrhagie, ne voient jamais le rhumatisme se développer chez eux en dehors de la blennorrhagie ; au contraire chaque blennorrhagie nouvelle sera pour eux l'occasion du retour des inflammations articulaires, et même de l'iritis qui a pu compliquer une fois ces arthrites. »

Depuis la découverte du gonocoque par Neisser, de nombreuses théories ont été émises sur la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique.

I. — THÉORIE UNICISTE.

Le gonocoque est seul en cause ; il détermine des foyers successifs d'infection par suite de transport par la voie sanguine ou plutôt il agit par les poisons qu'il engendre au niveau d'une localisation primitive, comme pour la diphtérie.

Tandis que Haslund	en 84,
Bornemann	en 87,

Guyon et Janet en 89,
Widal en 91,

ne l'ont jamais rencontré dans les articulations atteintes, Kammerer, Bergmann, Bunim, Hall, Deutschmann (1890), Jacquet, Lindemann (1892), trouvent des gonocoques dans les exsudats articulaires.

Hœck (1893), par le procédé des cultures, a montré la présence exclusive des gonocoques dans l'exsudat articulaire chez un enfant atteint de blennorrhée des nouveau-nés et qui présentait une arthrite du genou.

Dans un cas d'ophtalmo-blennorrhée, compliqué d'arthrite du genou gauche et terminé par la mort avec des phénomènes de pyohémie, qui a été observé chez un nouveau-né par Finger, l'examen bactériologique détaillé a donné les résultats suivants :

L'examen microscopique et bactériologique de l'exsudat articulaire retiré, pendant la vie, par la ponction du genou, montra la présence exclusive des gonocoques ;

Après la mort on trouve des gonocoques seuls dans un abcès développé autour d'un cartilage costal ;

Des gonocoques et des streptocoques dans le genou gauche et dans un abcès péri-articulaire de la cuisse gauche, enfin des streptocoques seuls dans l'articulation temporo-maxillaire gauche et dans le pus du phlegmon du cou et du médiastin qui s'était développé à la suite de l'arthrite du maxillaire.

II. — THÉORIE DE L'INFECTION SECONDAIRE.

Préconisée par Gerheim en 1888, puis par Legrain, a été hardiment soutenue par Patris de Broë.

Voici en quels termes il la résume :

« Les complications de la blennorrhagie sont dues non pas au gonocoque de Neisser, mais à d'autres microbes qui l'accompagnent constamment. Le gonocoque est bien l'agent de l'inflammation spécifique de la muqueuse uréthrale, mais non des accidents para-blennorrhagiques : ceux-ci ne lui sont pas dus, ils sont sous la dépendance de microcoques tout autres. Les complications de la blennorrhagie ne doivent pas être considérées comme le résultat d'une infection générale, mais comme le fait d'une infection secondaire, en entendant par ce terme l'envahissement par un microbe d'un organisme déjà attaqué par un autre microbe. »

Minguet a repris la même thèse plus récemment.

Le reproche que l'on peut adresser à cette théorie, ainsi que le dit Souplet dans sa thèse (1893), « c'est qu'elle fait de l'infection secondaire une entité bien définie et réellement constituée. Elle détruit la spécificité du gonocoque, et nous offre en échange tous les microbes de l'urèthre : elle abat le tyran et nous donne un conseil des dix. »

Sans compter qu'elle ne nous montre pas comment agissent tous ces nouveaux agents pathogènes si mal connus, si variables d'un auteur à l'autre, dont les caractères sont à peine tranchés, on peut lui demander, avec Finger et Furbringer, si une telle quantité de facteurs, intervenant indifféremment, donnera des types cliniques aussi nets que le rhumatisme blennorrhagique.

III. — THÉORIE DE L'INFECTION MIXTE.

Défendue par Jouis, il y aurait 2 degrés dans l'infection :

Un premier gonococcique.

Un deuxième sous la dépendance des microbes de la suppuration. L'arthrite gonococcique est légère, l'intervention des microbes de la suppuration la rend grave. Cette opinion se trouve en accord avec les résultats bactériologiques signalés plus haut dans l'observation de Finger.

IV. — THÉORIE NERVEUSE.

A côté des théories précédentes, les recherches actuelles sur les arthropathies nerveuses permettent d'admettre que, dans quelques cas, il s'agit d'une lésion médullaire causée par le gonocoque, par d'autres microbes uréthraux ou par leurs toxines, infection des centres trophiques articulaires retentissant sur les articulations.

Les atrophies musculaires en dehors des zones articulaires (1), atrophies d'origine médullaire étant donnée leur réaction électrique, enfin l'existence de myélites blennorrhagiques, les éruptions cutanées concomitantes et la symétrie fréquente des lésions, justifient en partie cette théorie.

Jacquet (2) dit : « La blennorrhagie nouvelle ou une nouvelle inoculation blennorrhagique n'est nullement néces-

(1) OUDIN, *Annales de dermatologie*, 1892.

(2) JACQUET, *Société de dermatologie*, du 12 décembre 1895.

saire pour provoquer une crise de rhumatisme blennorrhagique. Le moindre ébranlement médullaire chez les anciens blennorrhagiques peut provoquer un accès de douleurs articulaires. » Il cite l'observation d'un jeune homme atteint depuis longtemps de blennorrhée, et chez lequel, après des rapports avec une femme (même avec un condom), on voit survenir des douleurs articulaires.

Fournier partage l'avis de Jacquet.

Il suffit, dit-il, du réveil d'une blennorrhée ancienne et même d'un de ces suintements, à peine perceptibles, si fréquents et si tenaces.

Il cite l'observation d'un homme qui ne pouvait voir une femme (même avec un condom), sans être atteint, dès le matin, de douleurs articulaires qui l'obligeaient à garder le lit deux ou trois jours. Il pouvait les prévoir la veille.

Galezowski établit l'analogie avec l'iritis blennorrhagique également sujette à récidives. Il cite l'observation d'un homme qui, à sa première blennorrhagie, avait eu des rhumatismes et une iritis double.

Six ans après, cet homme a une nouvelle blennorrhagie, nouvelle attaque de rhumatisme et nouvelle iritis, plus douloureuse et plus grave que la première, et qui, pendant dix mois, résista à tout traitement.

CHAPITRE III

Symptômes.

Dans les récidives, les mêmes articulations peuvent être prises que lors de la première atteinte.

Chez plusieurs des malades que nous avons observés, l'articulation du genou avait été frappée à la 1^{re} blennorrhagie.

Les symptômes étaient à peu près ceux de l'hydarthrose vulgaire.

Le début avait été insidieux, un de nos malades avait senti une légère douleur dans le genou et avait vu celui-ci augmenter de volume ; il en rapportait l'origine à un coup qu'il s'était donné contre un coin de table.

Quand il vint consulter, l'articulation était distendue par une quantité assez considérable de liquide, que l'on pouvait facilement déceler par le choc rotulien.

Le malade ressentait quelques douleurs, mais peu intenses, n'empêchant pas l'exercice de ses fonctions, mais s'exaspérant toutefois par les mouvements et la marche.

Les téguments au niveau de l'articulation avaient conservé leur coloration normale.

Symptômes. — Pendant la durée de cette hydarthrose, le malade n'eut pas de fièvre, ni de troubles généraux.

La guérison s'effectua au bout de deux mois sans laisser de traces.

A côté de cette forme mono-articulaire, nous signalerons la forme qui a été décrite par Duplay et Brun sous le nom d'arthrite plastique ankylosante ou encore d'arthrite plastique dislocante. C'est principalement au coude qu'on l'observe. Elle se caractérise par son évolution souvent foudroyante, le volume de l'articulation qui parfois est énorme, et sa terminaison par ankylose.

Dans d'autres cas, les phénomènes symptomatiques ne se passent pas ainsi ; et l'affection se rapproche de la forme rhumatismale aiguë.

Les symptômes qui la caractérisent (Obs. VIII) sont à peu près ceux du rhumatisme vulgaire, aigu ou subaigu. Plusieurs jointures sont tuméfiées, mais d'une façon modérée, ne présentant pas ce volume énorme que l'on observe dans l'hydarthrose.

Les douleurs sont assez vives, spontanées, réveillées par les mouvements, la marche, la pression. Plus ou moins intenses au début, ces douleurs se calment toujours par le repos et ne présentent pas ce caractère aigu des douleurs du rhumatisme articulaire vulgaire. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les a vues prendre un très haut degré d'acuité, devenir « affreuses, atroces », comme dans l'arthrite.

Les téguments présentent une coloration quelquefois normale, surtout si l'articulation est profonde, d'autres fois rosée ou même légèrement rouge, rarement érysipélateuse.

Les troubles fonctionnels sont nécessairement variables, suivant les usages de l'articulation, dont les mouvements sont abolis.

Comme phénomènes généraux, on observe parfois un état fébrile, précédé de quelques frissons légers, avec malaise, courbature, inappétence.

La fièvre est toujours modérée.

De plus elle s'apaise en général après quelques jours, alors que les symptômes locaux persistent avec plus ou moins d'intensité.

Les caractères principaux de cette forme sont en somme les suivants.

Le rhumatisme ne se généralise pas au même degré que le rhumatisme ordinaire ; il est fixe. Il n'offre pas ces délitescences subites ou rapides, ni cette espèce de transport intégral d'une jointure à une autre. Il y a participation des coulisses synoviales.

La résolution est lente et irrégulière ;

La fièvre est rare, toujours transitoire.

Les sueurs font défaut dans le rhumatisme blennorrhagique même fébrile ; du moins elles n'y apparaissent que d'une façon accidentelle et passagère.

Les urines ne présentent aucune des modifications si spéciales du rhumatisme aigu.

Le sang n'offre jamais cet état couenneux du caillot signalé déjà par Hunter et constaté d'une façon très précise par plusieurs auteurs contemporains.

Les grandes séreuses sont très exceptionnellement atteintes par le rhumatisme blennorrhagique.

La durée est longue ; il y a presque toujours comme reliquat des raideurs articulaires avec parfois de l'atrophie musculaire. La terminaison par suppuration ne s'observe

pas dans le rhumatisme blennorrhagique ; quand elle existe, elle est due à une infection secondaire.

A côté de ces deux formes principales, mono et poly-articulaires, nous signalerons les formes mixtes pouvant se présenter sous forme :

1° D'arthropathies avec synovites frappant les doigts ou les orteils et donnant naissance à ce qu'on appelle les doigts en radis, en navet ;

2° D'arthropathies graves récidivant sur des jointures primitivement frappées et pouvant aboutir soit à l'hydarthrose chronique, soit à l'ankylose, soit même à la tumeur blanche.

L'hydarthrose chronique gêne les mouvements et compromet la sécurité de l'articulation pour l'avenir.

L'ankylose, d'après Brandes, s'observerait de préférence sur les petites articulations. Elle peut néanmoins affecter les moyennes et les grandes. Parfois même elle s'étend à plusieurs jointures ; tel ce malade signalé par Fournier dont les 2 articulations tibio-tarsiennes et la plupart de celles des 2 pieds avaient été ankylosées par un rhumatisme blennorrhagique.

La tumeur blanche est très rare. Elle ne s'observe guère que chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux ; aussi « faut-il en rendre responsable plutôt la constitution de l'individu que la maladie elle-même » (Sordet).

Enfin il est une dernière forme sur laquelle nous appellerons tout particulièrement l'attention, puisqu'elle affecte surtout les individus ayant eu plusieurs blennorrhagies et plusieurs récidives de rhumatisme blennorrhagique, c'est

la forme que l'on décrit sous le nom de polyarthrite déformante progressive pseudo-nerveuse.

Elle simule le rhumatisme goutteux. Les articulations des mains peuvent être complètement déformées ainsi que nous le signalons dans plusieurs observations ; cette forme se complique d'hyperostose et de périostose, enfin d'atrophie musculaire, rendant les individus qui en sont atteints complètement impotents.

Si on pouvait schématiser (thèse de Amaral, 1896), l'évolution du rhumatisme blennorrhagique à forme déformante (non primitive, ce qui est l'exception, mais successive et secondaire, ce qui est la règle) voici à peu près le type que l'on rencontre.

Un sujet contracte plusieurs chaudepissés.

La première et la deuxième guérissent sans incidents, souvent d'une façon incomplète.

A la troisième atteinte survient un rhumatisme frappant les grandes articulations et qui en général guérit.

La 4^e uréthrite, qu'elle procède d'une nouvelle contamination ou d'une rechute, s'accompagne d'un réveil du rhumatisme des grandes jointures, mais, cette fois, la guérison en est incomplète, et les articulations du carpe, du métacarpe et des phalanges souffrent concurremment d'arthralgies plus ou moins intenses, mais ordinairement encore résolutives ; les pieds participent d'ailleurs au même processus.

Enfin, l'écoulement suivant donnera lieu à une nouvelle poussée d'arthropathies, qui, ou bien marquera l'entrée définitive du malade dans la polyarthrite chronique défor-

mante, ou, en tout cas, laissera après elle des déformations ostéo-fibreuses persistantes, voire incurables.

Seulement cette esquisse schématique peut être modifiée par l'intercurrence d'accidents qui, localisés à une ou plusieurs jointures, s'y attaquent suivant un type différent de la polyarthrite concomitante.

C'est ainsi qu'au milieu d'une poussée de micro et oligoarthrite noueuse, on peut voir une grosse jointure frappée d'hydarthrose, celle-ci pouvant d'ailleurs guérir complètement ou laisser des raideurs articulaires et une impotence relative, ou bien encore s'accompagner d'une atrophie musculaire régionale qu'on ne retrouvera pas autour des articulations noueuses.

Une fois cette forme plastique pseudo-noueuse réalisée, la récurrence du rhumatisme semble fatale à chaque nouvelle blennorrhagie, mais elle ne se reproduit pas forcément suivant le même type, bien que d'une façon générale l'aggravation tende à se dessiner de plus en plus.

CHAPITRE IV

Marche. — Durée. — Terminaison.

D'après l'ensemble de tous ces symptômes et de toutes ces formes, il est difficile d'assigner une durée moyenne à la maladie, qui tantôt peut ne durer que deux ou trois semaines, qui souvent persiste quatre, six ou huit semaines, qui d'autres fois se prolonge plusieurs mois, et qui peut enfin dégénérer en des affections de nature chronique.

Nous avons signalé comme complications l'hydarthrose chronique, l'ankylose et la tumeur blanche. Nous signalerons encore comme complications l'atrophie musculaire et la luxation, ainsi que le fait a été signalé par Widal (luxation de la tête du radius du côté droit à la suite d'un rhumatisme blennorrhagique du coude (*Société médicale des hôpitaux*, 26 juillet 1895)).

Pronostic. — Le pronostic est donc très variable suivant les cas, parfois léger, parfois aussi très grave, le plus souvent sérieux par la longue durée que peut prendre l'affection et les conséquences funestes dont elle peut être suivie.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic est facile, quand on a le commémoratif d'une urétrite aiguë. Mais, souvent, la notion de l'infection blennorrhagique passe inaperçue; par exemple, quand chez un homme, il n'y a qu'une urétrite chronique, ne se révélant que par une légère goutte le matin.

Il faut également penser à l'origine extra-urétrale du rhumatisme blennorrhagique, par exemple dans le cas d'une conjonctivite aiguë accompagnée de douleurs articulaires.

Le rhumatisme blennorrhagique a des caractères propres qui peuvent servir à le reconnaître et à le distinguer des autres arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques. Ce sont : la limitation à un petit nombre d'articulations ;

Le peu de mobilité des arthropathies sous toutes leurs formes ;

L'inefficacité du salicylate de soude ;

L'absence d'état général grave, de sueurs, de cardiopathies ;

La terminaison lente de quelques-unes des arthropathies, la tendance qu'elles ont à devenir chroniques ;

Avec cet ensemble de symptômes, on pourra éliminer le rhumatisme articulaire aigu et les divers pseudo-rhumatismes infectieux.

Les formes chroniques devront être distinguées de toutes les autres arthropathies chroniques. Dans le cas où il n'y a pas d'antécédents d'arthrite aiguë, des polyarthrites douloureuses, si le début s'est fait par une hydarthrose ou une arthralgie, le diagnostic est quelquefois épineux.

CHAPITRE VI

Traitement.

Il n'y a pas de traitement médical du rhumatisme blennorrhagique. Nous avons dit que le salicylate de soude, si efficace quand il s'agit de rhumatisme aigu, n'avait aucune action dans cette affection. On peut employer comme calmants l'antipyrine, les sels de quinine, les préparations d'opium.

Quelques auteurs ont attribué une action favorable aux mercuriaux : la question est actuellement à l'étude.

Il faut surtout insister sur le traitement local, l'immobilisation dans une position convenable, une compression légère et la révulsion.

J. Lucas-Championnière fait à plusieurs reprises, tous les jours s'il est nécessaire, un nombre aussi grand que possible de pointes de feu sur l'articulation atteinte, puis la recouvre d'emplâtre de Vigo et exerce une compression ouatée modérée : on obtient en général rapidement la diminution de l'épanchement et de la douleur.

Quand les phénomènes aigus sont terminés, on peut administrer à l'intérieur de l'iodure de potassium, mais son action est bien contestée.

On peut faire prendre au malade des bains térébenth-

nés, 2 à 3 bains par semaine, méthode qui nous a donné quelques résultats à l'hôpital Ricord.

Enfin on pourra utiliser avec avantage l'électricité et surtout le massage qui permet quelques mouvements et souvent empêche les muscles de s'atrophier.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

HUGUENARD, *Annales de Dermatologie*, 1880, tome I.

Il s'agit d'un malade ayant eu 5 blennorrhagies. A la 3^e, accidents rhumatismaux aux articulations tibio-tarsiennes d'un côté et métatarso-phalangiennes des deux pieds.

7 ans après, 4^e chaudepisse. Les douleurs réapparaissent aux mêmes jointures ; il y a en plus un gonflement de l'articulation phalango-phalangienne de l'index droit.

1 an après, 5^e blennorrhagie. Toutes les articulations des 1^{re} et 2^e phalanges se prennent, sauf au pouce ; et tous les doigts présentent des nodosités semblables à celles du rhumatisme nouveau.

En même temps, des gaines sereuses des extenseurs des doigts et les bourses rétro-calcanéennes sont intéressées.

OBSERVATION II. — OUDIN. — Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine blennorrhagique. *Annales de Dermatologie*, 1892 (page 856).

Oudin rapporte les observations de 4 malades chez qui l'affection rhumatismale, d'origine blennorrhagique, a revêtu la forme du rhumatisme nouveau ou déformant, s'attaquant de préférence aux petites articulations.

Ces déformations ont évolué lentement, mais il y a toujours eu des poussées aiguës douloureuses, inflammatoires, coïncidant avec des rechutes de la blennorrhagie, que l'urèthre ait retrouvé son intégrité normale entre deux écoulements ou qu'il ait persisté un certain degré d'urétrite chronique.

Chez tous l'invasion des petites articulations a été précédée de l'inflammation des articulations moyennes : cou-de-pied, poignet, coude, etc.

Chez aucun d'eux, les petites articulations n'ont été prises aux premières blennorrhagies, mais toujours de la 3^e à la 6^e blennorrhagie.

1^{er} *Malade*. — 38 ans.

1^{re} blennorrhagie à 18 ans.

Urétrite chronique jusqu'en 1889, époque à laquelle il ressentit aux coudes et aux épaules de légères douleurs qui gagnèrent petit à petit les petites articulations, surtout celles de la main droite.

2^e *Malade*. — 49 ans. Créole.

1^{re} blennorrhagie à 14 ans.

Jusqu'à l'âge de 49 ans, il a eu 8 ou 9 blennorrhagies. Les accidents des cous-de-pied et des coudes n'apparurent qu'à 17 ans : puis elles gagnèrent les articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes et phalangiennes.

3^e *Malade*.

Il a eu 7 blennorrhagies.

Aux 5 premières, il n'a eu qu'une légère arthrite tibio-tarsienne.

A la 6^e, il y a 2 ans, il a eu des arthrites métacarpo-phalangiennes extrêmement violentes.

Aujourd'hui les mains sont complètement déformées.

4^e *Malade*. — 24 ans.

1^{re} blennorrhagie à 19 ans.

Depuis, urétrite chronique avec plusieurs rechutes.

En 1887, poussée d'urétrite très violente compliquée d'arthrites, d'abord au poignet gauche, puis des articulations métacarpo-phalangiennes de la même main.

Atrophie musculaire. — Chez les quatre malades, il existe des atrophies musculaires très nettes, amenant avec les déformations articulaires, l'impotence fonctionnelle.

L'atrophie intéresse non seulement les muscles voisins des articulations malades, mais des muscles n'ayant avec ces articulations aucun

rapport et même séparés des premiers par des masses musculaires saines.

Electricité. — Excitabilité des nerfs. Normale.

La réaction électro-musculaire aux deux courants est normale.

L'intensité des contractions et l'étendue des mouvements sont évidemment en rapport avec le nombre des faisceaux restés intacts.

Un des muscles réduit au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{5}$ de son volume fournit une quantité de travail égale au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{5}$ de la quantité normale. La réaction de dégénérescence n'existe chez aucun malade.

Lorsqu'on explore un muscle volumineux (deltoïde par exemple) la contraction s'étend presque exclusivement à la partie du muscle sur laquelle est appliquée l'électrode, tandis que sur un muscle normal, la contraction est bientôt généralisée.

Ce fait dû probablement à une plus grande résistance de la part de fibres en voie de dégénérescence peut servir au diagnostic des atrophies peu accusées, surtout en cas d'adipose sous-cutanée qui peut tromper.

Pathogénie. — La persistance de l'excitabilité électrique, le fait que l'atrophie attaque des muscles n'ayant aucun rapport avec les articulations malades, l'adipose sous-cutanée n'existant que chez le 2^e malade, font croire qu'il s'agit d'une action directe du gonocoque ou de ses toxines sur les centres nerveux.

OBSERVATION III. — GASTOU, *Société de Dermatologie*,
10 janvier 1894.

Gastou rapporte l'observation d'un homme de 44 ans qui a eu 5 blennorrhagies.

Ce n'est qu'à la 4^e qu'il a eu des phénomènes articulaires aux épaules et aux genoux.

A la 5^e en 1890, toutes les articulations de la 1^{re} avec la 2^e phalange sont prises.

A son entrée chez le professeur Fournier, les deux mains sont déformées.

Atrophies musculaires très marquées.

Déformation des doigts en radis, en navet.

L'ensemble des déformations est identique à celles du rhumatisme noueux.

Phénomènes subjectifs. — Le malade se plaint de sensations de froid, de douleurs lancinantes dans les bras, de fourmillements qui le prennent souvent dans la zone du cubital.

La force musculaire des bras et des mains est considérablement diminuée.

Il existe une anesthésie en placard sur les bras, les mains, les épaules, le tronc.

A ces zones d'anesthésie au contact succèdent des zones d'hyperesthésie.

Anesthésie pharyngée.

Pupille droite plus petite.

Urines normales.

RÉFLEXIONS. — On voit dans cette observation :

1° Une succession de blennorrhagies suivies d'attaques d'arthrites rhumatismales d'abord dans les grandes articulations, puis dans les petites.

2° L'établissement définitif de ces arthrites d'abord sous forme de dactylites pseudo-phlegmoneuses blennorrhagiques (Fournier, Amaral), ensuite sous forme de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse, simulant le rhumatisme noueux.

3 Une succession de blennorrhagies comme seule cause pouvant expliquer ces arthrites probablement par les altérations trophiques, consécutives à une poly-névrite toxique ou infectieuse, d'origine blennorrhagique, névrite provoquée ou aidée par les nombreux excès (boissons et femmes) auxquels s'était livré le malade entre sa 4^e et sa 5^e blennorrhagie.

OBSÉRATION IV. — *Luxation spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydarthroses blennorrhagiques à bascule des deux coudes.*
— F. WIDAL, *Société médicale des hôpitaux*, 1895, p. 607.

Le malade que je présente à la Société, âgé de 24 ans, porte au niveau du coude droit une lésion survenue dans des circonstances particulièrement exceptionnelles.

L'an passé cet homme contracta une première blennorrhagie. Quelques jours après il commença à souffrir d'arthropathies qui gagnèrent successivement, les articulations du genou, les tibio-tarsiennes, celles des épaules et les deux temporo-maxillaires. Cette attaque de rhumatisme blennorrhagique fut assez sévère pour nécessiter un long séjour à l'hôpital Bichat d'où il est sorti guéri au bout de deux mois et demi.

Dans les premiers jours du mois de juin dernier, il contracta une nouvelle blennorrhagie et trois semaines plus tard, fut pris encore d'arthropathies qui se localisèrent au niveau des deux coudes et se succédèrent de la façon suivante. Le coude gauche fut atteint le premier et devint rapidement douloureux, tuméfié et inerte. Au bout de huit jours, douleur, tuméfaction et impotence disparurent si bien que pendant quelques jours, le malade sembla en être quitte avec son rhumatisme blennorrhagique.

Le 10 juillet le coude droit fut pris à son tour et le 15 juillet, lendemain de l'entrée à l'hôpital, nous constatons au niveau de cette articulation un épanchement considérable. La synoviale est très distendue et son cul-de-sac supérieur forme en arrière une bosse énorme qui soulève le tendon du triceps. Cet épanchement se résorba rapidement et le 19 juillet il était à peine appréciable. Par contre l'articulation du coude gauche était devenue de nouveau grosse et douloureuse. Le 20 juillet je fais avec une seringue stérilisée une ponction au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale distendue et j'en retire un liquide épais un peu rougeâtre, mais non puriforme, qui contenait des globules et quelques leucocytes. Je n'ai pu constater de gonocoques dans ce liquide et lesensemencements pratiqués sur les différents milieux préconisés en ces derniers temps pour la culture du gonocoque (milieux acidifiés, milieu de Kraft, gélose recouverte de sérum hu-

main) sont jusqu'ici restés stériles. Mais notre malade n'en avait pas encore fini avec son coude droit. Le 21 juillet l'épanchement se reforma à nouveau et en abondance dans cette articulation et le 22 juillet, à notre grand étonnement, nous trouvons une luxation de la tête du radius du côté droit que l'on peut constater encore aujourd'hui.

Cette luxation s'est effectuée spontanément, sans douleur, sans chute, sans traumatisme, sans que le malade en ait eu conscience. Le coude droit est déformé, incapable de tout mouvement et immobilisé en demi-flexion ; l'avant-bras est en pronation et le malade ne peut lui faire exécuter le moindre mouvement de supination. Le bras et l'avant-bras forment ensemble un angle de 110 degrés environ et regardant en dedans. La tête du radius levée vient faire saillie sous la peau à l'extrémité supérieure de l'avant-bras, en arrière, en dehors et au-dessous du condyle huméral. On palpe facilement le pourtour de cette tête à travers la peau et on sent la cupule. En imprimant à l'avant-bras quelques mouvements forcément très limités de pronation et de supination, on perçoit quelques mouvements de rotation de la tête radiale.

La peau ne présente aucun trouble de la sensibilité et les muscles qui sont en rapport avec elle ne paraissent ni contracturés ni atrophiés. Depuis aujourd'hui, seulement, les téguments sont devenus rouges et tuméfiés au niveau de la tête radiale déplacée. Ajoutons que l'écoulement uréthral persiste toujours et qu'à aucun moment le malade n'a présenté le moindre symptôme fébrile. Nous avons donc tout d'abord assisté à l'évolution d'une double hydarthrose passant alternativement comme par une sorte de balancement du coude gauche au coude droit et inversement, attaquant deux fois en quinze jours chacune de ces jointures.

OBSERVATION V. — *Attaque de rhumatisme blennorrhagique.* — EMERY, *Ann. de Dermatologie*, 1895, p. 119.

Ch. . , âgé de 42 ans, entré dans le service du professeur Fournier le 30 novembre.

Cet homme est un ancien malade du service, et la première partie de son observation a été publiée *in extenso* par M. le Dr Basset dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* en 1886.

La voici résumée en quelques mots.

Le malade prend sa première blennorrhagie en 1876. Immédiatement après, il ressent les premières atteintes de l'affection rhumatismale blennorrhagique pour laquelle il est encore en traitement à l'heure actuelle plus de vingt ans après. Il contracte successivement de nouvelles blennorrhagies en 1877, 1879, 1880. Chaque blennorrhagie est suivie à brève échéance d'une nouvelle poussée rhumatismale à localisation variant d'une attaque à l'autre.

Dans le cours de sa quatrième blennorrhagie, le malade traverse successivement des phases d'amélioration et de recrudescence de son affection.

La moindre fatigue, tout excès alcoolique est prétexte à récurrence et, fait particulier, le plus léger traumatisme de son canal (sondage, cathétérisme), provoque instantanément le réveil des douleurs. De juillet 1880, à juin 1884, le malade subit 7 attaques consécutives de rhumatisme.

Les localisations successives sont multiples : presque toutes ses articulations sont plus ou moins gravement atteintes, et plus particulièrement les petites articulations : sterno-claviculaire, temporo-maxillaire, occipito-atloïdienne, vertébrales, métatarso-phalangiennes, tarsiennes, etc., enfin la chaîne des osselets (obs. de M. Hermet dans l'*Union médicale*, t. II, 1884, p. 1059).

Parmi les grosses articulations, la tibio-tarsienne et la tibio-fémorale sont surtout atteintes ; le membre supérieur semble plus épargné par la diathèse. Les synoviales ne sont guère plus épargnées : synovites du tendon de la patte d'oie, des péroniers, des extenseurs des orteils non plus que les bourses séreuses, et principalement les bourses sous-calcanéennes dont M. le professeur Fournier a démontré l'électivité dans le rhumatisme blennorrhagique. Enfin, une conjonctivite simple ou double, constante, mais de peu de durée, accompagne chaque exacerbation rhumatismale. Pendant toute cette première période, le rhumatisme blennorrhagique revêt la forme aiguë : fièvre, rougeur et gonflement des articulations, hydarthroses, etc. ; mais en juin 1884, ce sont surtout des lésions de rhumatisme chronique que l'on constate. Les déformations articulaires portent de préférence sur les articulations

des pieds. D'abord les douleurs calcanéennes subsistent et s'exacerbent à la marche. Le premier orteil du pied droit est déjeté en dehors sans subluxation, le deuxième du même pied est un exemple typique de la déformation dite « en radis » décrite par M. le professeur Fournier comme caractéristique du rhumatisme blennorrhagique. On constate également une hypertrophie osseuse au point d'insertion du tendon d'Achille.

Les phalanges du premier et deuxième orteil du pied gauche forment avec leur métatarsien correspondant, un angle ouvert en haut par le fait de la rétraction de leurs tendons.

Là se termine la première partie de l'observation, mais depuis cette époque le malade est revenu demander les soins de M. le professeur Fournier à plusieurs reprises.

En 1888 il prend sa cinquième blennorrhagie. Huit jours après l'apparition de l'écoulement (27 février) nouvelle invasion de la conjonctive de l'articulation sterno-claviculaire et des bourses calcanéennes ; l'articulation temporo-maxillaire est également atteinte et rétrécit encore davantage par son ankylose croissante, l'ouverture déjà très limitée de la bouche.

Le malade sort le 24 mars guéri.

En 1890, le 17 décembre, le malade contracte sa sixième blennorrhagie :

La conjonctive, l'articulation temporale et les deux tibio-tarsiennes sont prises immédiatement après ; des injections de cocaïne locales soulagent beaucoup les douleurs devenues insupportables en ce dernier point. Mais il ne reste que deux jours dans le service et le quitte non guéri pour aller guérir les soins du docteur Magnan, à Ste-Anne. Ce malade est en effet atteint de morphinomanie depuis 1882. Il arrive à cette époque à faire une énorme consommation de ce médicament (presque 1 gr. par jour) et cette pratique provoque l'apparition de nombreux abcès, dont il porte encore la trace principalement à la partie supérieure des cuisses.

Il reste environ cinq mois en traitement à l'asile Ste-Anne, puis il est envoyé en convalescence à l'asile de Vaucluse. On cesse complète-

ment les piqûres à cette époque. Son état général s'améliore. L'appétit, totalement disparu, revient peu à peu.

Huit jours à peine après la cessation des piqûres, on constate sur le malade un œdème généralisé. Il se plaint de troubles de la vue, de suffocations nocturnes. L'examen de ses urines y décèle la présence de cinq grammes d'albumine.

Le malade rentre immédiatement à Paris, se fait recevoir dans le service de M. Hayem, qui porte le diagnostic de néphrite infectieuse, déterminée par la suppuration prolongée du tissu cellulaire au niveau des piqûres.

Il en sort bientôt guéri, mais il est repris des mêmes accidents après quelques jours de travail. Rentré dans le service du professeur Hayem il en sort guéri au bout de deux mois.

Le malade reprend ses occupations, mais, en avril de la même année, il contracte sa septième blennorrhagie.

Etant bientôt atteint d'un rétrécissement en chapelet, il entre chez le Dr Reynier à l'hôpital Tenon pour se faire opérer.

On pratique sur lui l'opération de l'uréthrotomie interne. Celle-ci guérit son rétrécissement, mais il sort bientôt du service, ayant gardé sa blennorrhagie en pleine activité. Il reste couché chez lui pendant quinze jours, puis il est pris brusquement d'une crise de rhumatisme déformant principalement les articulations des pieds. Les deuxième et cinquième orteils du pied droit se luxent.

Les deuxième et troisième orteils du pied gauche subissent une déformation en griffe ; la rétraction tendineuse faisant décrire aux premières phalanges un angle droit ouvert en haut avec la tête des métatarsiens, tandis que la deuxième phalange, sans ankylose, retombe sur la première.

Rentré dans le service de M. le Dr Reynier, celui-ci pratique l'amputation du deuxième orteil du pied droit, et tout le redressement des deux orteils du pied gauche par la ténotomie, suivie de l'application d'un appareil de redressement.

Il sort de ce service complètement guéri.

En mai 1892, le malade contracte sa huitième blennorrhagie.

La conjonctive et l'articulation sterno-claviculaire sont atteintes, de

même que la colonne vertébrale, en trois endroits différents (région interscapulaire, dorsale et lombaire). La douleur que ressent le malade en ce point, s'accompagne d'une tuméfaction très manifeste. La teinture de colchique, les pointes de feu et les douches sulfureuses forment la base de son traitement.

Il sort de la salle St-Louis guéri le 9 juin.

Le 15 janvier 1895, le malade contracte sa neuvième blennorrhagie.

La conjonctive est encore le premier phénomène en date. L'articulation temporo-maxillaire est atteinte de nouveau. Le malade ressent de vives douleurs sous le talon et au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

On le traite par l'iode de potassium et les douches sulfureuses. Il sort guéri le 9 mars.

Vers le 20 mars, le malade est pris d'une dixième blennorrhagie ; trois jours après, il est pris de conjonctivite, de douleurs dans le genou et de douleurs d'oreille. Les articulations sterno-claviculaires et temporo-maxillaires sont également atteintes.

Il entre dans le service du professeur Fournier, salle St-Louis, le 30 novembre.

Cette nouvelle et dernière attaque de rhumatisme est des plus bénignes. Depuis longtemps déjà, les manifestations rhumatismales ont pris le caractère aigu.

Le malade n'a aucune fièvre, pas de gonflement ni rougeur articulaire.

Il éprouve cependant quelque raideur dans les genoux, la marche n'est pas compromise. Les douleurs temporo-maxillaires sont disparues, mais les mouvements d'abaissement du maxillaire sont très limités et laissent à peine un intervalle de 3 centimètres entre les arcades dentaires.

La conjonctivite est complètement disparue. M. Hermet qui procède de nouveau à l'examen de son oreille, constate que les membranes du tympan sont intactes. Les douleurs nulles à l'état de repos, sont réveillées quand, par le procédé de Valsalva, on imprime un mouvement à la chaîne des osselets.

Les déformations articulaires sont presque nulles. On constate cependant des lésions de plus en plus accentuées des orteils.

Pour le pied droit, le gros orteil est déjeté en dehors par l'hypertrophie de la tête du métatarsien correspondant.

Ankylose métatarso-phalangienne complète, immunité de l'articulation des deux phalanges. Le deuxième orteil est amputé.

Le troisième et le quatrième présentent des déformations en griffe, mobilité de la deuxième phalange sur la première.

Le petit orteil, rejeté en dedans, chevauche sur les orteils voisins et est ankylosé.

Pour le pied gauche, le gros orteil est droit, toutes les articulations sont prises.

Le deuxième et le troisième orteils ténotomisés par M. Reynier ont repris en partie leurs anciennes déformations ; les deux derniers sont normaux.

En résumé, ce malade est surtout intéressant parce qu'il est un exemple : 1° de la concomitance du rhumatisme avec chaque blennorrhagie ; 2° de la reprise du rhumatisme à la suite d'une recrudescence de la blennorrhagie (excès alcooliques, cathétérisme).

Il est de plus un spécimen de rhumatisme blennorrhagique quant à ses localisations de prédilection : 1° sur les petites articulations (ossetlets, temporo-maxillaire, sterno-claviculaire) ; 2° sur les synovites tendineuses (tendons des péroniers, de la patte d'oie, des extenseurs des orteils) ; 3° sur les bourses séreuses (bourses sous et rétro-calcanéennes).

OBSERVATION VI (personnelle).

Le nommé C. L... garçon épicier, âgé de 42 ans, entre le 3 octobre 1898, salle 2, lit n° 15, à l'hôpital Ricord, dans le service de M. Humbert. Le malade est amené en voiture, car il souffre de douleurs articulaires dans les articulations des genoux et des bras.

Antécédents. — Le malade nous raconte qu'il a eu une première chaudepisse, il y a 20 ans, étant au service militaire. Cette blennorrhagie s'est passée sans incident et a guéri au bout d'un mois..

A 23 ans à son retour du service, le malade contracte une 2^e chaudépisse ; cette 2^e chaudépisse entraîne à sa suite une arthrite du coude droit, arthrite qui ne guérit qu'au bout de 2 mois $1/2$ et laisse une atrophie assez prononcée des muscles du bras.

A 30 ans, 3^e blennorrhagie, plus intense que les précédentes, entraîne à sa suite une arthrite du coude droit précédemment atteint et en plus une arthrite de l'épaule droite. Le malade entre à l'hôpital Ricord et ce n'est qu'au bout de 3 mois qu'il peut sortir.

Non seulement les muscles du bras, mais encore ceux de l'épaule sont atrophiés et il éprouve une très grande difficulté à soulever des fardeaux qu'autrefois il portait très facilement.

Depuis cette époque, pas de nouvelle blennorrhagie. Ce n'est qu'il y a 3 semaines environ que le malade, après un coït datant de 3 jours, s'aperçoit qu'il a un nouvel écoulement.

Il vient à la consultation de Ricord où on lui donne le traitement de la première période de la blennorrhagie.

Mais, au bout de 15 jours, le malade est obligé de prendre le lit. Il ressent des douleurs très violentes dans les articulations de l'épaule, du coude, du genou et du cou-de-pied.

Il lui est impossible de faire un mouvement et il se fait conduire à l'hôpital, où il est admis dans notre service.

Etat actuel. — Nous constatons que le malade présente au niveau des articulations des deux épaules, du coude droit, du genou gauche et du cou-de-pied gauche des arthropathies présentant tous les caractères des arthropathies blennorrhagiques.

Nous immobilisons toutes ces articulations et faisons prendre 2 bains térébenthinés par semaine au malade.

Les phénomènes du côté des grandes articulations ont l'air de s'amender, mais bientôt (4 novembre) le malade ressent une violente douleur au niveau de l'articulation des 2 dernières phalanges du côté droit avec les métacarpiens.

Le surlendemain, la douleur s'étend à l'articulation des autres métacarpiens et 4 jours après, la main gauche est prise à son tour.

Nous constatons au niveau des articulations métacarpo-phalangien-

nes une tuméfaction rouge, occupant la place de l'articulation du côté de la face dorsale, s'étendant plus du côté de la face palmaire.

La pression sur la face dorsale de l'articulation est très douloureuse, elle l'est peu du côté de la paume de la main.

La flexion des doigts est impossible. On peut au contraire exagérer l'extension sans déterminer une trop grande douleur.

Les mains sont immobilisées et enveloppées dans la ouate.

Sous l'influence de cette immobilisation et de cet enveloppement, la tuméfaction et la douleur disparaissent, mais nous notons des déformations qui commencent par les deux premières phalanges et s'étendent bientôt aux autres.

Les doigts se fléchissent difficilement ; on perçoit des craquements au niveau des interlignes articulaires.

Le 15 décembre, le malade quitte l'hôpital ; les douleurs ont complètement disparu, mais les mains sont complètement déformées et il lui est même difficile de s'en servir.

Nous voyons, d'après l'ensemble de cette observation, que la description schématique indiquée par Amaral se vérifie.

Notre malade a d'abord une 1^{re} chaudière qui n'entraîne à sa suite aucun accident.

La 2^e chaudière est suivie d'une arthrite du coude droit, arthrite qui entraîne à sa suite une légère atrophie musculaire.

La 3^e blennorrhagie frappe plusieurs articulations et la 4^e, suivie d'une violente poussée articulaire, entraîne à sa suite une déformation complète des doigts et de la main.

OBSERVATION VII (personnelle).

T. M., 37 ans, menuisier. 23 mai 1898.

1^{re} blennorrhagie il y a 20 ans.

Écoulement abondant, douleurs violentes dans l'urèthre ; le malade va voir un médecin qui lui conseille de prendre des capsules de copahu (6 par jour).

Au bout de 3 semaines, l'écoulement était un peu moins abondant, mais les douleurs encore assez vives. Le malade était en train de ravo-

ter une planche lorsqu'il se cogna le genou gauche contre un coin de table et ressentit une légère douleur.

Le lendemain, il lui sembla que son genou était un peu enflé, il alla néanmoins à son travail et ce n'est qu'au bout de 5 jours, en voyant le genou augmenter de plus en plus de volume, qu'il se décida à venir consulter.

D'après ce que le malade nous raconte, l'articulation était distendue par une quantité assez considérable de liquide ; à ce niveau il existait quelques douleurs exaspérées par les mouvements et la marche.

Pas de coloration anormale des téguments.

Pas de fièvre ni de troubles généraux.

Guérison complète au bout de 2 mois sans aucune trace.

A 30 ans, nouvelle chaudépisie et nouvelle poussée rhumatismale dans l'articulation du genou à gauche ; la guérison fut plus longue à se faire et depuis cette époque le malade n'a pas aussi bien conservé les mouvements que dans l'articulation saine.

Enfin, il y a 3 semaines environ, nouvelle récurrence de blennorrhagie et le malade rentre à Ricord parce qu'il souffre dans plusieurs de ses articulations.

Nous constatons en effet qu'il existe des points très douloureux au niveau des interstices articulaires du genou, du cou-de-pied et du coude gauches.

Il est impossible au malade de faire aucun mouvement ; non seulement la pression au niveau des interstices articulaires exagère la douleur, mais encore la pression de toutes les bourses séreuses l'exaspère.

Nous immobilisons les articulations et faisons prendre des bains térébenthinés au malade.

Au bout de 10 jours environ, la douleur est bien moins vive, le gonflement a presque complètement disparu, il existe quelques brides fibreuses par suite de la position des membres en demi-flexion.

Au bout d'un mois, la guérison est complète, les brides fibreuses ont disparu et le malade peut retourner à ses occupations.

OBSERVATION VIII (personnelle).

D. S..., âgé de 20 ans, journalier, entre le 16 mars 1898, salle 1, hôpital Ricord.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 66 ans, vivant. Il aurait une maladie de cœur et une maladie de foie. Mère âgée de 56 ans, bien portante. Pas de frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 8 ans. Depuis l'âge de 14 ans, il a souffert de douleurs articulaires revenant de temps en temps et durant quelques jours.

En 1896, il a une stomatite : dents sales, gencives tuméfiées et saignantes, douleurs vives, gêne de la mastication et de la déglutition. Le médecin l'aurait attribuée au scorbut.

La première blennorrhagie date du mois de février 1896. Elle a duré un mois et demi.

Le 15^e jour, le malade est pris de douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et au niveau des bourses rétro-calcanéennes.

L'attaque de rhumatisme dure 45 jours. Le malade avait pris du salicylate de soude et de l'antipyrine qui l'avaient soulagé. D'ailleurs l'impotence fonctionnelle était nulle et il avait continué à marcher.

En mars 1897, 2^e blennorrhagie qui dure près de 2 mois.

Dès le début, des douleurs se montrent, dans le cou-de-pied gauche, l'articulation tarso-métatarsienne droite, les deux genoux, les coudes, les poignets et au niveau de la colonne lombaire.

Le malade est forcé cette fois de garder le lit pendant 15 jours. Il est guéri au bout d'un mois et demi. Cette fois, ni le salicylate, ni l'antipyrine ne produisent d'effets.

En mars 1898, 3^e blennorrhagie. Les douleurs articulaires apparaissent trois jours après le coït infectant et avant l'écoulement ; elles siègent au niveau des articulations suivantes : pied gauche, articulations tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes. Le malade entre à Ricord le 16 mars. Puis, au mois de mai, les deux genoux sont pris et deviennent le siège d'hyarthroses qui nécessitent deux ponctions à gauche, une ponction à droite.

Un peu plus tard, les poignets sont pris à leur tour, d'abord le poignet droit en même temps que le petit doigt du même côté, puis le poignet gauche avec le pouce correspondant.

Presque en même temps les autres doigts sont pris, surtout les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes, puis les deux coudes.

Ici survient une nouvelle poussée d'arthrite aux deux pieds, localisée dans les mêmes articulations : tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes.

De temps à autre, le malade présente des élévations de température avec sueurs profuses (39° et même 40°). Ces accès de fièvre ne durent pas plus de deux jours.

En juin, il a un point de côté gauche. On prescrit des ventouses et la douleur disparaît le 4^e jour.

En juillet, légère conjonctivite à l'œil gauche, qui dure près d'un mois et demi.

Aujourd'hui (4^{er} décembre 1898), il n'y a plus d'épanchement appréciable dans les genoux. Mais il existe de la gêne des mouvements, des craquements et une atrophie assez marquée des triceps. Ces phénomènes sont plus accusés à droite. La pression au niveau du cul-de-sac sous-tricipital éveille encore une certaine douleur.

Les poignets et les doigts présentent leur volume normal. Les mouvements sont un peu gênés mais indolores.

Le coude gauche est normal. Mais le droit est encore sensible et est ankylosé dans une légère flexion. L'extension complète est impossible. La pression sur l'épicondyle est assez douloureuse.

Les pieds ne sont pas encore guéris : le gauche est en meilleur état que le droit.

Les talons sont sensibles et le malade ne peut pas rester longtemps debout. Les cous-de-pied sont légèrement tuméfiés. Il existe également de la douleur au niveau des articulations tarso-métatarsiennes.

La marche est possible. Le malade en souffre surtout le matin : il marche bien même dans la journée. Lorsque le malade est resté quelque temps debout, ses jambes et ses pieds se congestionnent et deviennent bleus. En même temps, il ressent des fourmillements qui l'obligent à se reposer.

Les pieds sont constamment en sudation.

Les mouvements volontaires sont pénibles et sans force aucune. La mobilisation provoque des secousses et de la trépidation dans le membre inférieur droit.



CONCLUSIONS

I. — Les récidives, d'après Brandes (de Copenhague), sont un signe de la spécificité du rhumatisme blennorrhagique.

II. — Un individu qui a traversé sans danger une première blennorrhagie n'est pas pour cela à l'abri du rhumatisme blennorrhagique ; celui-ci peut survenir lors d'une 2^e au 10^e ou au 15^e jour.

III. — Dans les formes graves du rhumatisme, la récidive, la rechute ou la recrudescence sont la règle à chaque nouvel écoulement.

IV. — Il est à peu près constant qu'après plusieurs récidives, les arthrites, après avoir présenté d'abord la forme de dactylites pseudo-phlegmoneuses blennorrhagiques (Fournier, Amaral), finissent par s'établir définitivement sous forme de poly-arthrite déformante progressive pseudo-noueuse, simulant le rhumatisme noueux.

Vu :

Le Président de la thèse.
A. JOFFROY.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
